

## **PROTOCOL NAȚIONAL din 26 ianuarie 2009 de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor**

**I.**Definiție: Mecanismul sau procedura prin care pacienții care se prezintă în UPU ori CPU sunt evaluați și clasificați, la sosire în UPU sau CPU, de către o persoană competentă (medic ori cadru sanitar mediu), luând în considerare starea lor clinică și acuzele cu care se prezintă, corelate cu vârsta și antecedentele acestora, stabilitatea funcțiilor vitale, potențialul de agravare a stării lor, necesitatea instituirii unui tratament sau a efectuării unor investigații, precum și alte date considerate relevante, astfel încât să fie stabilite prioritățile cu care un pacient este asistat și nivelul de asistență necesară acestuia. Triajul este un proces continuu, fiind necesară reevaluarea periodică a pacienților până la plecarea acestora din UPU sau CPU.

**II.**Unde se efectuează triajul: Triajul se efectuează în zona special amenajată pentru acest scop, conform prevederilor legale în vigoare. Aria de triaj poate avea configurații și amenajări diferite în funcție de spațiul care stă la dispoziția unității sanitare respective. Elementele definitorii ale acestui spațiu sunt: amplasarea la intrarea în acea parte a instituției care a fost desemnată pentru gestionarea urgențelor, evidența tuturor pacienților, precum și un control strict al accesului către zonele specifice de diagnostic și tratament al tuturor acelor pacienți care se prezintă pentru acordarea asistenței medicale de urgență.

**III.**Când este necesar triajul: Triajul se efectuează în momentul prezentării pacientului în structura de primire a urgențelor. Se definesc mai jos următorii parametri:

- momentul în care pacientul a intrat în structura de primire a urgențelor - ora preluării (de către asistentul de triaj);
- momentul preluării pacientului în una dintre zonele de tratament - ora primului consult medical.

În cazul prezentării simultane a mai multor pacienți în structura de primire a urgențelor sau în orice altă situație deosebită, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj va solicita sprijinul celui de-al doilea asistent medical cu atribuții în procedura de triaj.

Recomandare: Timpul mediu de triaj nu trebuie să fie mai mare de două minute pentru un pacient.

**IV.**Cine efectuează triajul: Triajul pacienților care se prezintă în structurile de primire a urgențelor este necesar tocmai în acele momente dificile în care numărul prezentărilor depășește resursele umane și materiale. Alocarea unui medic pentru a efectua această procedură este considerată ca fiind o risipă de resurse; în plus, medicul va fi întotdeauna tentat să "consulte" mai amănunțit pacientul. Aceasta duce inevitabil la prelungirea timpului în care ceilalți pacienți vor avea primul contact cu personalul medical. Din aceste motive, în majoritatea situațiilor în care s-a decis aplicarea unui protocol de triaj cu 5 nivele de prioritate, cadrul medical desemnat pentru efectuarea triajului a fost un asistent medical.

Asistentul medical responsabil cu procedura de triaj este asistentul medical cu pregătire specifică, cu experiență și abilități corespunzătoare.

Rolul, abilitățile și responsabilitățile asistentului medical responsabil cu procedura de triaj:

- abilitatea de a recunoaște pacientul bolnav versus nonbolnav;
- abilitatea de a anticipa și de a avea planuri de rezolvare pentru diferite situații care pot să apară;
- abilități interpersonale și de comunicare (soluționarea conflictelor, luarea deciziilor etc.);
- îndemânarea spre prioritizare excelentă;
- capacitate de gândire critică;
- abilități de organizare;
- flexibilitate, adaptabilitate;
- capacitate de adaptare la stres;
- rolul de model;
- tact;
- răbdare;
- cunoașterea regulamentului de ordine internă.

Asistentul medical responsabil cu procedura de triaj trebuie să audă nu doar ce relatează pacientul, ci și informațiile primite în același timp de la alte surse.

Fiecare structură de primire a urgențelor va asigura minimum 2 asistenți medicali responsabili cu procedura de triaj pe tură; intervalul de timp maxim continuu pentru un asistent în serviciul de triaj este de 6 ore. Acesta este considerat ca fiind intervalul pe

durata căruia un asistent medical poate efectua triajul pacienților în condiții optime. După stabilirea nivelului de prioritate, pacientul va fi preluat în zona de tratament care i-a fost alocată de către asistentul medical responsabil cu procedura de triaj. În situații deosebite (imposibilitatea încadrării într-un nivel de triaj, conflicte etc.), asistentul poate solicita sprijinul medicului responsabil de tură.

#### A. Algoritmul de triaj

Nivelul de triaj: Cuprinde toți pacienții care prezintă același grad de prioritate în funcție de gravitatea și/sau caracterul acut al patologiei lor și de resursele necesare.

#### (1) Nivel I - resuscitare (cod roșu):

- Pacientul care necesită ACUM intervenție salvatoare de viață.

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 0 minute.

Tabel 1: Intervenții salvatoare de viață

	Intervenții salvatoare de viață	Nu se consideră intervenții salvatoare de viață
Căi aeriene / respirație	Ventilație pe mască și balon Susținere avansată a căilor aeriene Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă) Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele) Manevra Heimlich	Administrarea de oxigen: - pe mască facială - pe canulă nazală
Terapie electrică	Defibrilare Cardioversie de urgență Pacing extern	Monitorizarea cardiacă
Proceduri	Decompresia pneumotoraxului sufocant Pericardiocenteza Toracotomie de urgență Compresiuni toracice externe	Testele diagnostice: - electrocardiogramă - teste de laborator - ecografie - CT sau ecografie FAST în traumă
Intervenții hemodinamice	Resuscitare volemică cu fluide i.v. Administrare de sânge Controlul sângerărilor majore	- linie i.v. - linie i.v. pentru administrarea medicației
Medicamente	Naloxone Glucoza 33% Dopamină Atropină Adenozin Adrenalină	Aspirină Nitroglicerină i.v. Antibiotice Heparină Analgetice Beta-agoniști pe cale inhalatorie

Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, SaO<sub>2</sub><90%, modificări acute ale statusului mental, inconștient\*.

\* Starea de inconștiență este definită astfel:

- pacientul nu vorbește și nu execută comenzile (modificare acută); și/sau
- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.

Exemple de situații de nivel I:

- stopul cardiorespirator;
- insuficiența respiratorie severă;
- SpO<sub>2</sub><90%;
- pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
- pacienții cu supradozaj medicamentos și FR ≤ 6 resp. / min.;
- insuficiența respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;
- bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;
- pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată;

- pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, TA<70 mm="1" hg="1" (determinată="1" anterior="1" prezentării);</70>
- puls slab filiform, FC<30;
- copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;
- pacient areactiv cu halenă etanolică;
- hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

## (2) Nivel II - critic (cod galben)

- Pacientul care prezintă o situație cu risc major sau status mental alterat (modificare acută) sau orice durere intensă sau disconfort major.

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 10 minute.

Situații cu risc major:

- starea clinică ce se poate deteriora rapid sau necesită tratament imediat;

- afectarea gravă a stării funcționale sau a structurii unui organ ori a unui segment anatomic;

- acele situații pentru care "ocupăm și ultimul pat liber".

Durere severă: apreciată clinic sau de către pacient ca fiind mai mare de 7 pe scala analog vizuală a durerii (0-10).

Status mental alterat: GCS = 6-14.

Disconfort major: poate fi fizic sau psihologic (victima violenței domestice, abuz etc.).

În cazul copiilor cu vârste mai mici de 36 de luni se va lua în considerare și următorul criteriu:

Vârsta	Temperatura	Nivel de triaj
1 -28 zile	Febră peste 38°C	Cel puțin nivel 2
1 -3 luni	Febră peste 38°C	Se consideră cel puțin nivel 2.
3 - 36 luni	Febră peste 39°C	Se consideră cel puțin nivel 3.

Tabel 2: Exemple de situații de nivel II

Sistem	Exemple / Diagnostic	Semne / Simptome
Abdomen	Durere abdominală la vârstnic	Durere severă, semne vitale stabile
	Sângerare GI	Tahicardie, hematemeză, melenă, rectoragie
	Deshidratare	Vărsături incoercibile
Cardiac	Durere toracică	Semne vitale stabile Durerea toracică constantă sau intermitentă
	Ocluzie arterială acută	Durere + absența pulsului distal
	Istoric de angioplastie cu durere toracică	Semne vitale stabile
	Revărsat pericardic	Durere toracică și dispnee
	Endocardită infecțioasă	Istoric de valvulopatii, abuz de droguri etc.
General	Pacienți imunocompromiși: pacienți oncologici, transplant (posttransplant sau pe listă de așteptare)	Pot avea sau nu febră.
Genitourinar	Torsiune testiculară	Instalare bruscă a durerii testiculare
	Insuficiență renală acută	Imposibil de dializat
Ginecologic	Sarcină ectopică	Test de sarcină pozitiv, durere severă în etajul abdominal inferior
	Avort spontan	Sângerare genitală și tahicardie cu tensiune arterială stabilă
Sănătate mintală	Combativ, ostil, isteric	
	Tentativă de suicid	
	Etilism acut cu traumă	
	Abuz sexual	
Neurologic	Suspiciune de meningită	Cefalee, febră, letargie
	Accident vascular cerebral	Deficite motorii sau de vorbire acut instalate
	Pacient conștient cu convulsii recente	Convulsii
Pediatic	Vomă, diaree, imposibilitate de a mânca	Turgor cutanat diminuat, letargie, depresia fontanelei
	Criza de astm Bronsiolita acută	Dispnee, bătaia aripilor nazale și/sau tiraj intercostal, subcostal, balans toraco - abdominal, mișcare de piston a capului
	Suspiciune de meningită	Cefalee, febră, letargie, bombarea fontanelei
Respirator	Epiglotită acută	Disfagie, hipersalivație
	Astm sever	Dispnee severă

	Revărsate pleurale	Dispnee severă
	Pneumotorax spontan	Instalarea subită a dispneei severe
Traumă	Accident cu pierderea tranzitorie a conștienței	Istoric de traumatism cranian

"Al 6-lea simț": Pe baza experienței și a cunoștințelor acumulate, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj poate să prevadă agravarea stării pacientului fără să o poată documenta în acel moment.

### (3) Nivel III - urgent (cod verde)

- Pacientul cu funcții vitale stabile, dar care necesită două sau mai multe dintre resursele definite mai jos.

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 30 de minute.

Înainte de clasificarea pacientului în nivelul III, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj trebuie să determine semnele vitale și să decidă dacă sunt în limite normale pentru vârsta pacientului. Dacă semnele vitale sunt în afara parametrilor acceptați, asistentul medical responsabil cu procedura de triaj trebuie să ia în considerare reclasificarea pacientului la o categorie superioară. Semnele vitale utilizate sunt: pulsul, frecvența respiratorie, tensiunea arterială și saturația în oxigen, iar pentru orice copil cu vârsta mai mică de 3 ani, temperatura.

Tabel 3: Valorile semnelor vitale care necesită reîncadrarea pacientului într-o categorie superioară de triaj (nivel I sau II)

#### Reevaluarea pacientului

Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 15 minute sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integrală a algoritmului de triaj.

#### Definirea resurselor

Resursele sunt acele intervenții care presupun evaluarea sau efectuarea unei proceduri ce necesită mai mult timp din partea personalului medical din urgență și/sau care implică personal din afara departamentului de urgență. Resursele ce necesită un timp îndelungat (administrarea medicației intravenos, inserția unui dren toracic etc.) sau care necesită personal ori resurse din afara departamentului de urgență (radiografii, consult chirurgical) cresc durata de staționare a pacientului în departamentul de urgență și indică gradul de complexitate; de aceea categoria de triaj va fi una superioară. Esența acestei părți a algoritmului este diferențierea pacienților cu patologie mai complexă de cei cu probleme mai simple.

Din punctul de vedere al numărului de resurse contează utilizarea unor resurse diferite și nu fiecare test de laborator sau radiografie în parte (de exemplu: hemoleucograma, electroliții sau testele de coagulare reprezintă o resursă; hemoleucograma și radiografia toracică reprezintă două resurse).

Tabel 4: Exemple generale de resurse

Resurse	Nu sunt considerate resurse
Teste de laborator (sânge, urină)	
EKG	Anamneză sau examenul fizic (inclusiv tușeul rectal sau vaginal)
Radiografii, CT, RMN, ecografie, angiografie	
Fluide i.v. (reumplere volemică)	Abordul venos periferic
Administrarea medicamentelor i.v., i.m. sau prin nebulizare	Medicație per os Profilaxia antitetanică Prescrierea unei rețete
Consulturi de specialitate	Consultul telefonic
Procedurile simple (de exemplu: sondajul vezical, sutura unei plăgi etc.) se consideră o singură resursă. Procedurile complexe (de exemplu, care necesită și sedarea pacientului conștient) se consideră două resurse.	Toaleta și pansamentul simplu al unei plăgi Imobilizarea provizorie

Tabel 5: Exemple de apreciere a numărului de resurse\*:

\* Se poate adapta la nivel local în funcție de specificul fiecărei unități sanitare (de exemplu, structura pavilionară, calificarea personalului, dotarea cu echipamente etc.).

Nr. crt.	Denumire	Număr de resurse
1.	Determinări sanguine și urinare	1
2.	Radiografii (inclusiv cu substanță de contrast sau incidențe speciale)	1
3.	Ecografie	1

4.	Tomografie computerizată (inclusiv cu substanță de contrast)	1
5.	ECG	1
6.	Spirometrie	1
7.	Consult de altă specialitate	1
8.	Instituirea unei perfuzii	1
9.	Administrarea de medicamente i.v.	1
10.	Administrarea de medicamente i.m.	1
11.	Administrarea de medicamente intraosos	1
12.	Sutura plăgilor	1
13.	Pansamentul și toaleta plăgilor	1
14.	Imobilizarea unei fracturi, luxații	1
15.	Drenajul toracic	2
16.	Accesul venos central	2
17.	Lavajul peritoneal	1
18.	Sondajul urinar	1
19.	Igienizarea pacientului	1

#### (4) Nivel IV - nonurgent (cod albastru)

- Pacientul care prezintă funcții vitale stabile și necesită o singură resursă dintre cele definite anterior (la nivelul III).

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 60 de minute.

Reevaluarea pacientului

Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 30 de minute sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integrală a algoritmului de triaj.

#### (5) Nivel V - consult (cod alb)

- Pacientul care nu necesită asistență medicală de urgență și niciuna dintre resursele definite mai sus (la nivelul III).

- Persoane care se prezintă pentru unul dintre motivele de mai jos:

-- vaccinare;

-- caz social fără acuze clinice;

-- probleme clinico-administrative (certIFICATE medicale, rețete etc.).

- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 120 de minute.

În vederea evitării supraaglomerării structurii de primire a urgențelor, în zona de triaj se pot efectua anumite manevre și gesturi medicale, care să permită rezolvarea rapidă a cazurilor.

#### V. Algoritmul de triaj

#### VI. Evaluarea utilizării protocolului de triaj

Parametrii de monitorizare și evaluare

- Precizia categoriilor de triaj apreciate de asistentul de triaj

- Ratele de supra - și subevaluare a nivelului de triaj

- Procentul cazurilor cu evoluție nefavorabilă datorită triajului incorect

- Timpul mediu de așteptare pentru fiecare categorie de triaj

- Procentul pacienților cu timpul de așteptare mai mare decât cel recomandat pentru fiecare categorie de triaj

- Procentul de pacienți din nivelurile 4 și 5 care sunt internați în spital.

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 67 din data de 4 februarie 2009